

**Remiss till dietistmottagningen**

Remissdatum:	Kommun:
Remissansvarig (namn & befattning):	Telefonnummer: Faxnummer:

Personnummer:	Namn:
Är boendeformen beslutad enligt SOL eller LSS: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Behov av tolk:

Kontaktorsak/Nutritionsproblem:

Diagnoser:

Aktuell vikt:

Vikthistorik:

Längd:

Har patienten:

<input type="checkbox"/> Nattfasta över 11 h	<input type="checkbox"/> Berikad mat	<input type="checkbox"/> Mer än 4 måltider/mellanmål/dag
<input type="checkbox"/> Mellanmål	<input type="checkbox"/> Matdistribution	<input type="checkbox"/> Stöd vid måltid
<input type="checkbox"/> Konsistensanpassning	<input type="checkbox"/> Kontrollerat munstatus	

Vem vill ni att vi ska ta kontakt med:

<input type="checkbox"/> Patienten själv	Tel. Nr:
<input type="checkbox"/> Kontaktperson i hemtjänst:	Tel. Nr:
<input type="checkbox"/> Patientansvarig sjuksköterska:	Tel. Nr:
<input type="checkbox"/> Anhörig/annan:	Tel. Nr:

Skickas till:
Dietistmottagningen, Västerviks sjukhus, 593 81 Västervik. Fax. Nr: 0490-870 62

Det är viktigt med rätt ifyllda kontaktuppgifter för att vi ska kunna nå patienten/kontaktpersonen så snart som möjligt.

Instruktion till hur remissen ska fyllas i:

Kontaktorsak: Vad önskar ni för hjälp? Vad är det patienten behöver?

Råd angående konsistensanpassning? Energirik mat?

Diagnoser: Är patienten dement? Förlamad?

Aktuell vikt: Jätteviktigt att vi har en aktuell vikt när vi börjar en kostbehandling. Ska patienten ha sondkost räknas mängden ut efter nuvarande vikt. Med hjälp av vikten kan vi utvärdera behandlingen.

Har patienten:

Nattfasta mer än 11 h: Är tiden från sista måltiden på kvällen till första måltiden nästa morgon mer än 11 h?

Konsistensanpassning: Behöver patienten konsistensanpassning? Exempel på konsistenser/konsistensanpassning: Hjälp att få maten delad. Grov paté; maten är lätt att dela med gaffel typ saftig mjuk köttfärslimpa. Timbal; maten är slät, mjuk, kort och har sammanhållen konsistens, kan ätas med gaffel eller sked. Förtjockade drycker.

Berikad mat: Berikar man avsiktligt patientens måltider med t.ex. smör, olja, mjölkpulver och/eller tillbehör?

Matdistribution: Har patienten beviljande för matdistribution?

Kontrollerat munstatus: Har bedömning av munstatus gjorts?

Mer än 4 måltider/dygn: Äter patienter fler än 4 måltider per dygn, t.ex. frukost, lunch, middag och 1 mellanmål. Exempel på andra måltider: förfrukost, sent kvällsmål, nattmål.

Stöd vid måltid: Behöver patienten någon typ av stöd i samband med måltid? T.ex. hjälp att komma igång att äta? Uppmuntran och påstötning under måltiden? Hjälp med matning? Andra ätstödande åtgärder?

Mellanmål: Äter patienten energi- och proteinrika mellanmål t.ex. ostkaka, berikade smoothies, smörgås med mycket pålägg och matfett eller liknande mellanmål?

Kontaktperson: Jätteviktigt att det står vem det är vi ska kontakta. Kan/bör inte patienten tala för sig själv så måste vi ha namn och nummer på den vi ska ringa så har vi möjlighet att ta kontakt snabbare.